

Meer protocollair werken, ook in de diagnostiek?

Met opmaak: Standaard,
Regelafstand: Meerdere 1,15 rg

Handelingsgerichte diagnostiek is oorspronkelijk ontwikkeld voor diagnostiek en advisering bij onderwijsproblemen. Het protocol blijkt goed bruikbaar in GGZ. Belangrijk winstpunt is dat de cliënt en diagnosticus in dialoog gaan en zich beiden kunnen vinden in de diagnose en behandeladvies.

Door Caroline Braet

Elke therapie wordt voorafgegaan door een goede diagnostische fase. Psychodiagnostiek kan evenwel niet oeverloos lang zijn en kreeg al vaker kritiek dat het te veel tijd en middelen kost, niet gesystematiseerd genoeg verloopt of niet genoeg gericht is op behandelingsadviezen.

Pameijer en collega's (zie oa Pameijer & Draaisma, 2011) ontwikkelden een praktijkmodel Handelingsgerichte Diagnostiek (HGD), specifiek voor diagnostici werkzaam met kinderen binnen een onderwijssetting. In België is het model ondertussen zo populair dat het ook gebruikt wordt in de GGZ en in de Bijzondere Jeugdzorg.

Met opmaak: Lettertype: Cursief

Uitgangspunten

Met opmaak: Lettertype: Vet

Het diagnostisch proces wordt volgens Pameijer en collega's opgedeeld in vijf fasen die na de aanmelding van een cliënt achtereenvolgend worden doorlopen: intake, strategie, onderzoek, indicatie en advies (zie figuur 1). Zoals de term doet vermoeden, is een belangrijk uitgangspunt van HGD dat informatieverzameling bij psychodiagnostiek van meet af aan en in elk van de vijf fasen gericht moet zijn op het geven van een goed advies. Dit maakt dat het resultaatgericht is en efficiëntie vooropstelt.

Casus Ine

In ons GGZ centrum wordt ~~INE-Ine~~ aangemeld, 18 jaar. Ine heeft last van tics. Haar ~~beide~~ ouders zijn aanwezig op het aanmeldingsgesprek en voeren het woord. Vader geeft aan dat tics in de familie zitten en dat zijn dochter genetisch belast is. Hij verwacht dat een goed medicijn alles oplost. De moeder van ~~INE~~ geeft aan dat Ine hopeloos achterop geraakt op school en dat ze de werkdruk niet aan kan. Pas als ze zal stoppen met school ~~lopen~~ zullen volgens haar de tics vanzelf weggaan. De diagnosticus stelt voor met ~~IneNE~~ apart te gaan zitten en met haar te bekijken waar ~~mee~~ de tics ~~mee~~ te maken hebben en hoe zij denkt dat de tics kunnen verdwijnen. Ze voeren samen een gesprek en bespreken. Met Ine wordt een lang gesprek gevoerd en er worden verschillende hypothesen ~~overlopen~~ omtrent haar tics. Uiteindelijk benoemen ze er drie. Drie ervan worden weerhouden: (1) ze heeft faalangst omwille van de druk die vader haar oplegt om een diploma te halen (2) het schoolniveau ~~waar ze zit~~ is te hoog ~~gegrepen~~ ~~mikt~~ voor haar (3) haar ouders hebben te veel (negatieve) aandacht voor haar. Alhoewel de genetische kwetsbaarheidshypothese haar ook wel iets lijkt,

zal het toch niet onderzocht worden omdat het veel tijd kost en het behandeladvies ~~die dat~~ hieraan gekoppeld is (medicatie) voor haar geen optie is.

Eigen aan HGD is dat diagnostiek, ~~net als een behandeling~~, volgens een protocol verloopt. Diagnostische protocollen pogen psychodiagnostici te beschermen tegen het maken van oordeelsfouten. Diagnostische protocollen zijn gebaseerd op de empirische cyclus van probleemoplossing. Men toetst hypothesen over de aard en de oorzaak van de problematiek, evenals over de manier waarop de moeilijkheden verholpen kunnen worden. ~~In De~~ boeken over HGD ~~hebben staan~~ daarom ~~als leidraad~~ bij elke ~~van de vijf~~ fase ~~een~~ checklijst ~~enst~~ die je ~~kan overlopen kunt nalopen~~ om te ~~beoordelen~~ of je ~~gerechtigd~~ naar een volgende fase ~~kan kunt~~ overgaan.

Een derde belangrijk uitgangspunt van HGD is het zogenaamde ‘transactioneel referentiekader’ dat een omvattend theoretisch model biedt voor de ontwikkeling en het ontstaan van (afwijkend) gedrag. Hypothesevorming zal steeds gebeuren op basis van recente wetenschappelijke inzichten. Normale en pathologische ontwikkeling worden binnen het transactionele kader gezien in het licht van persoonskenmerken én omgevingskenmerken (~~zoals bijv.~~ stressfactoren) die in actieve wisselwerking staan en veranderen ten gevolge van die onderlinge interactie.

Een vierde uitgangspunt betreft de intensieve samenwerking tussen de diagnosticus en het cliëntsysteem. Bij HGD gaan diagnosticus en cliënt ~~samen en~~ in onderlinge dialoog aan de slag ~~met als doelen ergens naartoe~~: een diagnose en behandeladvies waar ~~in~~ alle partijen zich ~~in~~ kunnen vinden. Een vijfde uitgangspunt ten slotte is dat er in alle fasen van HGD aandacht moet zijn voor de positieve kenmerken en protectieve factoren van je cliënt, het kind, het gezin waarin je patiënt leeft, werk of schoolomgeving. De diagnosticus zoekt er gericht naar, benoemt ze en betreft ze in het diagnostisch proces en de advisering. De aanwezigheid van protectieve factoren verhoogt immers om verschillende redenen de kans op slagen van een behandeling.

Figuur 1 hier invoegen

Handelingsgerichte diagnostiek: de fasen

f

Intakefase

De diagnosticus start met het bepalen van een strategie: is onderzoek nodig of kan deze cliënt meteen naar de indicatiefase?

~~Ine NE~~ brengt haar schoolresultaten mee naar het volgende gesprek. Die zijn ruim voldoende. Er is eerder een IQ test van ~~haar INE~~ afgenomen, hieruit blijkt dat ~~ze INE~~ intelligent genoeg is

om ~~haar de school waar ze zit~~ af te maken. De hypothese ~~(van moeder) over dat ze de~~ te hoge schooldruk wordt daarom al snel verworpen. ~~en de diagnosticus zal hierin, na overleg met INE hier verder geen tijd aan besteden.~~ Toch zal niet meteen naar de indicatiefase worden overgestapt, ~~INE~~ zal een vragenlijst over faalangst invullen en een gezinsbelevingstest.

-Ten tweede dient afstemming tussen de direct betrokken partijen (diagnosticus, ouders, kind) bereikt te worden zodat een constructieve samenwerking kan plaatsvinden. De cliënt fungeert hierbij als medeonderzoeker. Aan het einde van de intakefase zet de diagnosticus de hulpvragen van de cliënt om in diagnostische vraagstellingen. Er worden verschillende vraagtypes onderscheiden, met name: onderkende ('wat is er aan de hand?'), verklarende ('hoe is het ontstaan en/of wordt het in stand gehouden?') en indicerende ('wat kan eraan gedaan worden?').

In ~~dit het~~ tweede intakegesprek wordt duidelijk dat de tics van ~~INE~~ een eigen leven leiden en dat gedragstherapie een plausibele behandelingsindicatie zou zijn. ~~Tegelijkertijd maar, het lijkt het van belangbijkomend aangewezen ook met de ouders gesprekken te hebben omtrent over hoe zijn naar hun opgroeiende kinderen kijken, welke schoolse verwachtingen ze hebben (en waarom) en waar ze wel of niet aandacht kunnen aan besteden. Er zijn onderlinge meningsverschillen tussen de beide ouders en die moeten uitgeklaard-opgelost worden. Daarnaast beseft INE dat haar TICS-tics samenhangen met angsten. Zo wil INE-ze zelf zeker één diagnostisch moment waarbij haar faalangst nader wordt onderzocht, vanuit de als-dan redenering: Als ze inderdaad faalangst heeft, dan zou ze bereid zijn een bijkomende faalangstraining of sociale vaardigheidstraining te volgen.~~

Plausibele en toetsbare hypothesen zoals geformuleerd door de cliënt, worden ook door de onderzoeker overgenomen. Op deze manier wordt het diagnostisch onderzoek afgestemd op het referentiekader van de cliënt waardoor diens betrokkenheid wordt verhoogd. Gevolgen van zeer plausibele vermoedens kunnen in deze fase reeds besproken worden met de cliënt. Zo kan de onderzoeker stilstaan bij het type advies dat wordt gegeven wanneer de vermoedens terecht blijken ('Als dit er uitkomt, dan adviseren we waarschijnlijk... maar als dát er uitkomt, dan adviseren we... Hoe staan jullie daartegenover?'). Mogelijke diagnoses en adviezen worden in dat geval als het ware 'in de week gelegd'.

Strategiefase

In de strategiefase wordt op basis van de informatie uit de intakefase en theoretisch referentiekader van de onderzoeker het diagnostisch traject uitgestippeld. Waar in de intakefase de inbreng van de cliënt zeer groot is, omdat de visie ~~en het referentiekader~~ van de direct betrokkenen in de diepte worden bevraagd, komen in de strategiefase vooral de reflecties van de diagnosticus aan bod. Op basis van zijn theoretisch referentiekader stippelt hij het diagnostisch onderzoek uit. ~~Indien alle informatie beschikbaar is wordt dit meestal op het team besproken en kan geoordeeld worden dat onderzoek niet nodig is en kan men overgaan tot advies.~~

Onderzoeksfase

Het doel van de onderzoeksfase is het toetsten van de geselecteerde hypothesen. De onderzoeker gebruikt bij verschillende ~~informanten~~ instrumenten (vragenlijsten, interviews, tests, observaties, gesprek, creatieve technieken, visualisatie, experimenten etc.) die geëigend zijn om de onderzoeksvraag te beantwoorden en dit op een betrouwbare en valide manier doen. Een belangrijke richtlijn is dat doelgericht ~~moet~~ gezocht worden naar informatie die de hypothese bevestigt én naar informatie die de hypothese weerlegt. Het gaat niet zozeer om het absoluut aannemen of verwerpen van een hypothese, dan wel om het doen toenemen of afnemen van de waarschijnlijkheid ervan. Er moeten dan ook toetsingscriteria worden geformuleerd: bij welke onderzoeksresultaten zal de onderzoeker de hypothese als aanvaard versus verworpen beschouwen? Diagnostiek is ook een cyclisch proces. Tijdens het onderzoek kunnen nieuwe hypothesen ontstaan die ofwel binnen hetzelfde onderzoek toetsen zijn, dan wel met een ander onderzoeksmiddel. In dat laatste geval gaat het onderzoek in principe terug naar stap 1 van de onderzoeksfase.

De faalangst van Ine zal onderzocht worden met vragenlijsten en dagboekobservaties. De diagnosticus wil uitzoeken en of de faalangst gepaard gaat met een laag zelfbeeld (criteria: significant onder de norm), geïnternaliseerde rigide cognities omtrent presteren (criteria: significant onder de norm) of met een tekort aan sociale vaardigheden. Om dit laatste te toetsen worden ~~met haar~~ ~~met INE~~ een aantal vrije tijdsmomenten ~~van haar~~ besproken. Aangezien ~~Ine~~ ~~NE~~ nu vaak alleen thuis zit of met haar moeder optrekt, stelt ze zelf meteen voor oude vriendinnen ~~terug~~ weer op te zoeken om samen dingen te doen.

Indicatie- en advies-fase

De indicatiefase omvat : 1. het formuleren van een integratief beeld (het belangrijkste resultaat van het onderzoek waarbij alle factoren van belang zijn opgenomen) en 2. het formuleren van aanbevelingen (indicatiestelling). Net als de strategiefase, is de indicatiefase er één van reflectie door de onderzoeker.

Evaluatie

De fasen van ~~handelingsgerichte~~ diagnostiek kunnen elkaar snel opvolgen en gaan telkens gepaard met beslissingen die men neemt ~~ifv~~ ~~(over?)~~ het advies tot therapie. Dit maakt dat de diagnosticus een psycholoog moet zijn ~~die ie bijkomend~~ goed ~~is moet~~ opgeleid ~~zijn~~ in diagnostiek en een goede inschatting ~~kan moet~~ maken ~~bij elke aanmeldingsklacht~~ wat de mogelijke onderkende en verklarende hypothesen zijn ~~bij elke aanmeldingsklacht~~, welke klachten tot welke behandeling zouden kunnen leiden, ~~en wat er nog aan bijkomende welke~~ informatie minimaal noodzakelijk is. ~~Het is bij voorkeur iemand met ervaring en vooral goede theoretische achtergronden.~~

HGD stelt de rol van de psycholoog als ‘allesweter’ aan de kaak en maakt diagnostiek transparant en modern, gezien het de cliënt in een samenwerkingsverband actief betreft. Het volgen van de vijf fasen is ook behulpzaam als therapeut om niet té routinematig te werken, maar telkens na te denken wat verklarende hypothesen zijn en deze met de cliënt bespreekbaar maakt.

Onze eigen ervaring is dat HGD soms vijf sessies in beslag kan nemen, maar dat ~~het nadien~~ de ~~behandeltijd~~ ~~behandeltijd daarna~~ aanzienlijk korter wordt. Vermoedelijk omdat de hypothesen samen met de cliënt worden besproken, krijgt deze zelf een goed beeld van zijn klachten en hoe die met andere factoren in verband staan. Daardoor gaat deze zelf al vaak aan de slag met het reduceren van stressoren, en kan gericht worden gewerkt aan de klachten. In tegenstelling tot wat Pameijer en collega's suggereren, zijn wij binnen de context van geestelijke gezondheidszorg echter wel zuiniger in het meedelen van onze eigen hypothesen aan de cliënt. Op het eerste zicht lijkt een grote openheid emanciperend en getuigt het van gelijkgerichtheid. Er zal echter telkens een afweging gemaakt moeten worden van onder meer het cognitief niveau, het reflectief vermogen en de informatiebehoefte van de cliënt, en wat de gevolgen van een bepaalde hypothese zou kunnen zijn voor advisering. Wat dit laatste betreft, kan het meedelen van een vage hypothese (bijvoorbeeld we vermoeden bij iemand met angstklachten ook autisme) soms zorgen voor onnodige onrust en ~~voor~~ ontreddeiding. Een mogelijke tussenoplossing zou kunnen zijn met cliënten te bespreken of zij graag het hele diagnostisch proces geëxpliciteerd willen zien, dan wel of de finale diagnosestelling en het advies voor hen voldoende is.

Men zou kunnen opereren dat gedegen diagnostiek in de aanloop naar een protocollaire behandeling tijdverlies is. Toch wordt een gedegen assessment nodig geacht om te kijken wat de precieze hulpvraag is (wat niet noodzakelijk de aanmeldingsklacht ~~hoeft te~~ moet zijn). Enkel op deze manier kan gekozen worden voor de juiste vorm van hulpverlening: werken met een protocol, met een combinatie van meerdere protocollen of via maatwerk. De vijf uitgangspunten maken van HGD daarvoor een bruikbaar kader voor psychodiagnostiek binnen de ~~ruimere (ambulante of residentiële)~~ geestelijke gezondheidszorg.

Referenties

Pameijer, N., & van Beukering, T. (2004). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen.* Leuven: Acco.

Pameijer, N. & Draaisma, N. (2011) *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg. Een kader voor besluitvorming.* Acco

Dit stuk is gebaseerd op: Van Vlierberghe, L., Hamers, P., & Braet, C. (2014). *Handelingsgerichte diagnostiek.* In: C. Braet & S. Bogels (Red.). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten I, Revisie*, 45-66. Amsterdam: Boom. ISBN 978-90-89532053

Met opmaak: Niet onderstrepen

Prof. Dr. Caroline Braet

Klinisch Psycholoog, Gedragstherapeut, Hoogleraar, verbonden aan de Universiteit Gent, vakgroep Ontwikkelings- Persoonlijkheden- en Sociale Psychologie. Naast onderwijsopdrachten op het domein van de ontwikkelingspsychopathologie doet zij ~~in het~~ ~~bijzonder~~ onderzoek over het ontstaan en de instandhouding van psychopathologie bij kinderen, alsook de assessment en de behandeling ervan. Ze is coördinator en supervisor bij het Universitair Psychologisch Centrum 'Kind & Adolescent' te Gent.

~~Adres:~~

Universiteit Gent
H. Dumantlaan 2
9000 Gent

Met opmaak: Regelafstand: Meerdere
1,15 rg